様式第１号（第５条関係）

記入例

△△００年００月００日

稲敷市長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所　稲敷市○○0000番地00

　氏　　名　稲敷　花子

　電話番号　000-000-0000

（対象者との続柄）◇◇

稲敷市高齢者等移送支援サービス助成事業利用申請書

稲敷市高齢者等移送支援サービス助成事業を利用したいので、稲敷市高齢者等移送支援サービス助成事業実施要綱第５条の規定により申請します。

　なお、申請内容の審査に当たり、住民登録情報、要介護認定情報、身体状況その他交付申請に必要な情報を、市が照会することについて同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対  象  者 | 住　所 | 稲敷市○○0000番地00 | | |
| 氏 名 | 稲敷　太郎 | | |
| 連絡先 | 000-000-0000 | | |
| 生年月日 | ●●　００年　００月　　００日 | | |
| 状　　態 | | 要介護度　　１ ・ ２ ・　３ ・ ４ ・ ５ | | |
| 身体障害者　１級 ・ ２級 ・ ３級 | | |
| 介護認定  被保険者番号 | | 0000000000 | 障害者手帳  の番号 | 茨城県第　000　号 |
| 利用方法 | | 車いす（ ✔ ）　・　ストレッチャー（　　） | | |

* 添付書類　車いす又はストレッチャー利用者で、要介護認定又は身体障害の

　　状況が分かる書類の添付

★介護保険証または身体障害者手帳の写しを添付してください★

（どちらも所持している方は両方の写し）